

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 1633

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Denis BÉVILLE

La Mélancolie thyro-ovarienne

(ESSAI CLINIQUE)

Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922

92

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 1033

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Denis BÉVILLE

La Mélancolie thyro-ovarienne

(ESSAI CLINIQUE)

Président : M. LETULLE, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DR LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILLEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUI LEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCOQUT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Aspirant au 35^e régiment d'artillerie

Tué à l'ennemi le 8 juillet 1916

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de médecine
Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté
de médecine de Paris

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette
thèse. Hommage de gratitude et de
profonde admiration.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DADAY
Directeur médecin-chef de l'Asile d'Evreux

*En reconnaissance des conseils
qu'il nous a toujours prodigués et
de son empressement à mettre à
notre disposition le secours de sa
grande expérience. Hommage de
profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ BESSIÈRE
Médecin-chef de l'Asile d'Evreux

*Qui nous a fourni pour la rédaction
de cette thèse une aide des plus
précieuses et des conseils très éclairés.
Nous le prions de recevoir ici
nos plus sincères remerciements et
l'assurance de notre respectueuse
considération.*

La Mélancolie thyro-ovarienne

(ESSAI CLINIQUE)

INTRODUCTION

Au cours de dix-huit mois d'internat à l'Asile des aliénés d'Evreux, notre attention a été particulièrement attirée sur quelques malades du sexe féminin, qui présentaient un ensemble clinique assez particulier. Il s'agit de femmes, qui, à la période de la ménopause étaient atteintes soit d'un goitre, soit d'autres signes de basedowisme en même temps que d'un syndrome mélancolique typique caractérisé par du ralentissement psychique, de la tristesse, des idées d'indignité et de culpabilité, avec anxiété souvent très accentuée.

Les recherches effectuées dans la bibliothèque de l'Asile nous ont appris qu'un certain nombre d'auteurs, bien que n'ayant pas traité le sujet à ce même point de vue, s'étaient assez récemment préoccupés de la question.

Comme études d'ensemble importantes faites sur les glandes à sécrétion interne et l'influence que pouvaient avoir les troubles de ces sécrétions sur les maladies mentales, il faut citer surtout le rapport de Laignel-Lavastine au Congrès de Dijon en 1908 et le travail de P. Sainton dans *L'Encéphale* de 1906.

Mais d'autres auteurs se sont également attachés à cette étude : Parhon et Goldstein, qui ont affirmé l'antagonisme entre la thyroïde et l'ovaire ; Claude et Gougerot, qui

ont décrit les syndromes pluri-glandulaires ; Léopold-Lévi et H. de Rothschild, qui ont bien étudié l'instabilité thyroïdienne dans certains cas d'insuffisance ovarienne ; Alquier, Dalché ; Austregésilo ; Gonzalo R. Lafora ; André Léri et Foley ; Gorrieri ; Battez ; Joffroy ; Lereboullet et Harvier ; Ramadier et Marchand ; Sollier et Chartier ; H. Claude et Schmerger ; Carrier ; Charpentier et Courbon ; Raymond ; Deny et Merklen ; Devay ; Trenel et Capgras ; Mario Zalla, etc.

Quoi qu'il en soit, nous allons tout d'abord étudier le rapport qui existe entre la thyroïde et l'ovaire, passer sommairement en revue les signes de l'insuffisance ovarienne et ceux de l'hyperthyroïdisme, puis reproduire avec autant de détails que possible nos quelques observations et nous étudierons ensuite si on peut considérer ces cas comme ressortissant à un véritable syndrome thyro-ovarien.

CHAPITRE PREMIER

LES RAPPORTS DE LA THYROÏDE ET DE L'OVAIRE

Depuis longtemps beaucoup d'auteurs avaient remarqué que le goître exophtalmique et différents symptômes qu'on pouvait rattacher à la maladie de Basedow, apparaissaient le plus souvent à des étapes bien déterminées de la vie génitale de la femme. Mais il a fallu des études cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales relativement récentes pour éclaircir et fixer cette question :

Ocana étudia l'association fonctionnelle entre le corps thyroïde, les testicules ou l'ovaire ; les Allemands Fischer, Lange, Latzko décrivirent les corrélations étroites qui existent entre la thyroïde et les ovaires ; G. Gauthier démontra expérimentalement et cliniquement l'influence des médications thyroïdiennes dans la maladie de Basedow et l'insuffisance ovarienne ; Dalché décrit un syndrome basedowiforme à la suite d'une dystrophie ovarienne ; Lorand étudie la question au Congrès français de Médecine en 1904 ; Dupré et Pagniez publièrent un cas d'infantilisme dégénératif compliqué de dystrophie pubérale, Parhon et Goldstein, qui firent sur ce sujet une série de travaux extrêmement importants, établirent d'une façon définitive l'antagonisme existant entre les fonctions de l'ovaire et celles de la thyroïde. Vassale, Christiani, Jeandelize montrèrent que la gestation et l'allaitement étaient susceptibles de produire des troubles morbides chez la femme ayant subi l'ablation de la glande thyroïde. Malgaigne, Heiden-

reich, Lange, Moussu ont remarqué que la thyroïde s'hypertrophie fréquemment au moment des premiers rapports sexuels et pendant la grossesse chez la femme et chez les animaux (chiennes, chattes, chèvres).

Au point de vue expérimental Cecca ayant pratiqué l'ablation des ovaires a vu la thyroïde s'hypertrophier quelques temps après. Lange a constaté que pendant la grossesse la fonction ovarienne devenait insuffisante, il se produisait une hypertrophie compensatrice de la thyroïde. Hofmeister, qui a fait ses expériences sur des lapines, pratiquait l'ablation de la thyroïde chez ces animaux à l'âge de six semaines ; puis les sacrifiant à sept mois, il trouvait fréquemment l'hypertrophie folliculaire des ovaires.

Pour Parhon et Goldstein cet antagonisme est extrêmement important et exerce une influence sur le tissu adipeux, le système pileux, les appareils cardio-vasculaire et vaso-moteur, les sécrétions sudorale et lactée et l'élimination urinaire. Ces auteurs pensaient que l'opothérapie ovarienne devait donner d'excellents résultats dans le syndrome de Basedow. Delaunay qui avait essayé l'ovarine dans le traitement du goitre exophtalmique avait obtenu des améliorations satisfaisantes. Moreau, dans sa thèse signale de semblables résultats.

Hallion étudiant la question au point de vue physiologique remarqua qu'une injection intra-vasculaire d'extrait d'ovaire produit la vaso-dilatation active de la thyroïde, il en conclut que l'ovaire agit sur la thyroïde par sa sécrétion interne.

J. Fischer a prétendu que la thyroïde augmente presque toujours chez les filles à la puberté et n'augmente que chez les filles ; cette hypertrophie serait quelquefois en rapport direct avec la première menstruation. Pitfield a soutenu une opinion intéressante mais qui peut paraître un peu exagérée : il a prétendu que les formes complètes ou incomplètes du myxœdème acquis sont la conséquence des maternités répétées : l'ovaire ayant subi un hyperfonction-

nement, il s'est produit par compensation une insuffisance thyroïdienne.

Les chirurgiens aussi faisaient des remarques intéressantes. Jayle, Mathieu, Perrin et Blum dans des communications importantes montrent que le syndrome de Basedow peut être provoqué par l'ablation des ovaires et citent des cas qui paraissent tout à fait probants.

Quant à la grossesse qui produit un arrêt de fonctionnement de l'ovaire, elle devrait avoir une influence très mauvaise sur la maladie de Basedow ; et en effet, malgré que quelques auteurs comme Charcot, Hertoghe affirment n'avoir pas remarqué une influence défavorable, des observations plus nombreuses de Roberts, Levêque, Parisot, Porchet, Bar, Potain, Havellock Ellis, etc., montrent que les accidents ont nettement augmenté.

Dalché a observé un syndrome basedowiforme et un syndrome myxœdémateux qu'il rapporte à des troubles ovariens. Muret, Jouin ont appliqué avec succès l'extrait d'ovaire à des basedowiens chez qui l'hyperfonction thyroïdienne paraît secondaire à une hyperfonction de l'ovaire.

L'observation de Delaunay est assez caractéristique : il s'agissait d'une femme de cinquante ans, dont les règles avaient cessé, qui présentait un peu d'exophtalmie mais surtout une tachycardie extrême accompagnée de tremblement, d'agitation nerveuse intense, d'hypertrophie de la thyroïde, de diarrhée, de vomissements et d'un amaigrissement très prononcé : pensant que ce symptôme basedowien n'était dû en réalité qu'à l'hyperthyroïdie compensatrice d'une insuffisance ovarienne, Delaunay fit suivre à la malade un traitement par l'ovarine et obtint une guérison rapide.

On ne se contenta pas seulement des preuves cliniques et expérimentales ; plusieurs auteurs s'attachent à étudier l'état des glandes après la mort ; à l'autopsie d'une femme qui avait subi une castration et qui mourut de péritonite tuberculeuse, Parhon et Goldstein ont remarqué la dilatation des vésicules thyroïdiennes avec augmentation de

la substance colloïde. Ces deux auteurs, pour prouver l'antagonisme entre la thyroïde et l'ovaire, s'appuient sur la similitude qui existe entre les phénomènes d'excitation thyroïdienne et ceux d'insuffisance ovarienne, surtout la vaso-dilatation et les bouffées de chaleur. De plus chez les femmes atteintes de maladie de Basedow, il y a le plus souvent aménorrhée ou dysménorrhée, parfois même de l'aplasie génitale.

Claude et Gougerot qui ont particulièrement étudié le rapport des différentes glandes endocrines entre elles, ont décrit un syndrome pluri-glandulaire à prédominance ovarienne dont le plus important est le syndrome thyro-ovarien. Celui-ci apparaît fréquemment à la puberté ou à la ménopause et se traduirait par des signes d'insuffisance ovarienne avec hypertrophie thyroïdienne de compensation. Lévy et H. de Rothschild tout en admettant qu'il peut y avoir synergie entre la fonction de la thyroïde et celle de l'ovaire, disent que le plus souvent il y a antagonisme : l'hypo-ovarie coexistant avec l'hyperthyroïdie. Ils affirment même qu'il y a assez souvent hyperthyroïdie sans goitre, parfois même sans exophtalmie, cet hyperthyroïdisme consistant principalement en instabilité cardiaque, tremblement, émotivité, troubles vaso-moteurs.

CHAPITRE II

LES SYMPTOMES DE L'INSUFFISANCE OVARIENNE ET DE L'HYPERFONCTIONNEMENT THYROIDIEN

1° Insuffisance ovarienne. — L'insuffisance ovarienne se montre surtout dans deux circonstances : après la castration et au moment de la ménopause.

Comme signes physiques décrits par Le Bec, Richelot, Tuffier et surtout Jayle, on cite, principalement dans l'insuffisance ovarienne post-opératoire : l'atrophie de l'utérus l'atténuation des caractères sexuels secondaires (les seins se flétrissent, les poils apparaissent au niveau des régions normalement glabres, la voix prend un timbre viril) ; la tendance à l'obésité (la graisse envahissant surtout l'abdomen, les fesses, la partie supérieure des membres) ; des troubles vaso-moteurs et nerveux très fréquents : ce sont des bouffées de chaleur qui peuvent se répéter plusieurs fois dans la journée ou dans la nuit : elles consistent en brusque sensation de chaleur au visage avec bourdonnement d'oreilles et congestion de la face ; des névralgies, des céphalées, des migraines, souvent des palpitations accompagnées d'angoisse, de vertiges ; et comme troubles nerveux : insomnie ou sommeil agité et entrecoupé de cauchemars, des modifications du caractère : irritabilité, tendance à la tristesse, à la neurasthénie, à la mélancolie, asthénie [physique et psychique parfois très prononcée. D'après Jayle, la perte de la mémoire serait très fréquente. On peut observer parfois des idées érotiques, mystiques ou érotico-mystiques et des idées de persécution.

Dans l'insuffisance ovarienne survenant à la ménopause vraie, les troubles sont à peu près les mêmes ; cependant l'obésité est plus marquée et l'apparition de poils au menton et à la lèvre supérieure est plus fréquente.

Malgré l'opinion de Rémond et Voivenel qui disent à propos de la ménopause : « il ne peut être question d'insuffisance ovarienne puisque les fonctions de l'ovaire peuvent se continuer pendant un certain temps après la suppression du flux cataménial et il semble bien qu'il faille reconnaître une valeur distincte à ces deux termes du processus : suppression des règles et suppression de la « ponte », nous pouvons admettre avec Jayle que dans la plupart des cas les troubles physiques et psychiques font partie d'un même syndrome : le syndrome d'insuffisance ovarienne.

2° Hyperthyroïdie. — Repassons maintenant rapidement en revue les signes de la maladie de Basedow et de l'hyperthyroïdie.

Ces signes, étudiés d'abord par Flajani, en Italie, puis par Parry et Graves et enfin par Basedow, ont été complétés par de nombreux auteurs. On note surtout : la *tachycardie*, signe considéré comme précoce et constant, mais d'après les constatations récentes c'est plutôt de l'*instabilité cardiaque*. A la suite d'une légère fatigue, d'une émotion, le pouls passe brusquement de 100 à 150 et 180 ; l'*augmentation du volume du corps thyroïde*, qui peut être assez considérable et constitue le véritable *goitre* ou bien ne se manifeste que par une légère augmentation de la circonférence du cou qui empêche les malades de boutonner leur corsage ; l'*exophthalmie* qui peut être plus ou moins appréciable ; le *tremblement* qui est mu, non modifié par la volonté, augmentant d'intensité par la fatigue et les émotions : *des troubles vaso-moteurs* et nerveux très fréquents et très importants : bouffées de chaleur survenant par accès, avec congestion de la face, suivies de sueurs surtout localisées au cou, au tronc et aux mains : sensation de

chaleur anormale; *névralgies diverses, céphalées*, souvent *angoisse* et *vertiges*; comme trouble nerveux : *insomnie* ou sommeil agité, *irritabilité* et émotivité, *inégalité d'humeur*, les malades passent souvent sans raison de la gaieté à la tristesse la plus profonde et assez souvent ces troubles peuvent aboutir soit à un état mélancolique avec anxiété, idées d'auto-accusation ou de persécution, soit à un état maniaque avec hallucinations.

Mais actuellement la plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître que ces signes sont rarement associés dans leur ensemble. Charcot et ses élèves ont montré que les formes frustes et atténuées sont beaucoup plus fréquentes ; on peut trouver une tachycardie avec exophtalmie sans goitre ; une tachycardie avec goitre sans exophtalmie ; une tachycardie isolée, car pour P. Marie tous les symptômes peuvent manquer dans la maladie de Basedow sauf la tachycardie qui est le signe fondamental. Donc une tachycardie et surtout une instabilité cardio-vasculaire accompagnée de troubles vaso-moteurs, nerveux et psychiques doivent faire penser à une hyperthyroïdie.

Passons maintenant à nos observations :

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Observation I (inédite)

Mme Lan..., âgée actuellement de 59 ans

Hérédité. — Pas de renseignements sur son père et sa mère ; deux sœurs et un frère vivant ;

Une sœur a été internée à l'Asile de Saint-Yon pendant deux mois et s'est ensuite empoisonnée chez elle ; une autre sœur est morte de tuberculose en mars 1921. Mme Lan... commença à présenter un changement de caractère vers le mois d'octobre-novembre 1905. Elle devint sombre et taciturne. *Ses règles s'arrêtèrent au mois de décembre et à partir de ce moment*, et particulièrement au mois de janvier, son état s'aggrava : elle est triste, se lamente, dit qu'elle ne guérira jamais, qu'elle est perdue. Elle a des idées de suicide : elle veut se jeter à l'eau, elle ne reste pas en place, ne dort pas pendant la nuit ; elle mange cependant facilement.

Vers le mois de mars, elle est internée à l'Asile de Saint-Yon ; elle y reste jusqu'au 25 mai, époque à laquelle son mari la reprend chez lui. Mais il ne peut pas la garder plus de trois jours à cause de ses tentatives de suicide.

Le 29 mai 1906, elle est admise à l'Asile d'Evreux. Et voici la note mise sur sa feuille d'observation le lendemain 30 mai : Depuis le mois de novembre 1905 elle est à la ménopause ; à cette époque les règles se sont arrêtées complètement ; auparavant elle n'avait pas constaté d'irrégularité ; depuis ce moment elle éprouve des douleurs dans le bas ventre et dans les

reins. Au point de vue physique : langue saburrale, blanchâtre, pouls accéléré : 90 ; insomnie, bourdonnements d'oreilles, constipation. Au point de vue mental elle éprouve de la tristesse non motivée ; elle a perdu le goût au travail, elle présente des idées de suicide. Elle a été internée à Saint-Yon en mars 1906 jusqu'à la fin du mois de mai, dès le lendemain de son retour chez elle, elle a été reprise par des idées de suicide.

Certificat immédiat.

Psychose de la ménopause, à forme mélancolique caractérisée par de la tristesse, la perte de l'énergie et du goût au travail, pas d'idées de suicide.

12 juin 1906 : Même état de tristesse et de dépression. Elle demande la mort, réclame les potions pour se faire mourir parce qu'elle craint de ne plus pouvoir travailler. Contraction des muscles frontaux, donnant lieu à de nombreux plis horizontaux.

La langue est un peu moins saburrale.

Quinzaine. — Psychose de la ménopause.

Cette malade est sous l'influence d'un état continu de tristesse, de dépression et d'impuissance. Elle demande la mort et nous réclame des potions en vue de la faire disparaître au plus tôt parce qu'elle craint de ne plus pouvoir travailler et de ne jamais rentrer chez elle.

26 juillet 1906. — Manifeste continuellement des idées de suicide ; elle a profité d'un instant où l'infirmière nettoyait les carreaux pour essayer de se jeter par la fenêtre.

7 octobre 1906. — La malade prend des douches elle reste taciturne, difficile, insulte le personnel.

28 novembre 1906. — Amélioration. Ne présente alors aucune idée de suicide. Manifeste le désir de retourner chez elle. Son état semble permettre qu'on lui rende la liberté.

29 décembre 1906. — Sortie définitivement aujourd'hui par suite d'amélioration et à la demande de son mari qui est venu la chercher.

27 avril 1921. — Deuxième Admission.

Le certificat médical d'internement porte ; est atteinte de troubles mentaux caractérisés par des idées mélancoliques avec dépression psychique très prononcée et idées de suicide.

Les renseignements donnés par son mari nous apprennent que : les règles de la malade ont réapparu immédiatement après sa sortie de l'Asile et qu'à ce moment une amélioration considérable s'était produite dans l'état mental de notre malade.

Cette amélioration qu'il considérait comme définitive se maintint très longtemps, et les menstruations de la femme se faisaient tout à fait régulièrement. Ce n'est que *vers l'âge de 52 ans (en 1915) que les règles cessèrent définitivement. La malade redevient à ce moment taciturne et triste ;* mais elle continua à pouvoir vaquer à ses occupations et ce n'est que vers le mois de mai 1921 que la mort de sa sœur détermina une aggravation brusque dans son état mélancolique.

Elle ne voulait plus manger afin de mourir d'inanition, elle cherchait à se jeter à l'eau, par la fenêtre, à mettre le feu, à se pendre avec des mouchoirs. Elle disait que son chagrin est trop fort pour qu'elle puisse vivre, elle parlait seule, se considérait comme incurable ; mais elle demandait elle-même à revenir à l'Asile, où elle a été guérie la première fois.

Elle est constipée, mais elle s'alimente bien ; les urines sont normales.

A l'interrogatoire le lendemain elle dit : « Je suis toujours rêveuse, toujours pensive, j'ai du chagrin ; mais je ne comprends pas ce qui me fait ça... je ne manque de rien pourtant. » Ralentissement psychique. Tristesse ; pas de trouble de la mémoire, reconnaît bien les sœurs qui l'ont soignée il y a quinze ans. Bien orientée dans l'espace et dans le temps.

Demande. — Avez-vous toujours envie de vous tuer ?

R. : — Que voulez-vous, c'est un nuage qui est passé comme ça... Ah ! si vous aviez seulement la chance de me guérir, ce serait joli... les conduits ne marchent plus. »

De nombreuses idées hypocondriaques. Constipation.

Règles disparues complètement depuis six ans.

Certificat immédiat, 28 avril 1921 :

Psychose se traduisant par un accès de dépression mélanco-

lique avec ralentissement psychique, tristesse vague et non précisée par des idées délirantes, désir de la mort, hypocondrie, idées de suicide ; Langue saburrale, constipation. Déjà internée il y a seize ans pour un accès analogue.

13 mai 1921. — *Quinzaine.*

Psychose se traduisant par un excès de dépression mélancolique, tristesse, idées hypocondriaques, ralentissement psychique, inertie.

23 juin 1921. — Persistance de l'état mélancolique. Dépression. Ralentissement psychique, gémissements, alimentation difficile. « Le corps est malade, dit-elle ; la matière ne descend pas. »

Examen physique. — Légère obésité.

Goître du volume d'un œuf siégeant surtout sur le lobe droit. *Poils assez abondants* au menton et à la lèvre supérieure.

Pouls à 85, mais augmentant jusqu'à 100, après une marche de quelques mètres dans la salle.

Très légère exophtalmie : la mobilité des globes oculaires et des paupières n'est pas gênée.

Pas de tremblement appréciable.

La malade se plaint d'avoir souvent chaud à la face et au cou, mais on ne remarque pas de sueurs abondantes, ni de rougeurs subites de la face, quand on lui adresse la parole. Les troubles **v**asc-moteurs sont donc peu accentués.

Appareil digestif. — Appétit normal, mais constipation habituelle.

Appareil urinaire. — Urines normales en quantité et en couleur ; ni albumine, ni sucre, ni phosphate en excès.

Appareil cardio-vasculaire. — Pas de souffle organique mais dès qu'on approche de la malade les battements du cœur deviennent beaucoup plus nombreux.

Appareil respiratoire. — Normal.

La malade affirme que le goître s'est développé progressivement et a commencé à apparaître quelque temps après que ses règles s'étaient arrêtées une première fois, en décembre 1905.

Observation II (*inédite*)

Mme Bea... âgée actuellement de 64 ans.

Hérédité. — Père alcoolique, s'est noyé.

Mme Bea..., présente pour la première fois un *accès de mélancolie* dépressive avec tristesse insurmontable à l'âge de 44 ans, au moment où la ménopause commençait, ses menstruations étaient devenues irrégulières et peu abondantes et cessèrent bientôt définitivement. Cet accès de mélancolie dura quatre mois et la malade fut soignée chez elle. Bientôt, il y eut, d'après les renseignements fournis par sa famille, une très grande amélioration qui dura quelques années. Mais cinq ans après, en 1906, deuxième accès avec dépression beaucoup plus marquée, et surtout idées de suicide qui nécessitèrent une hospitalisation à l'hôpital de Meulan, puis à la Salpêtrière. Elle en sortit très améliorée.

Mais dix ans après, en 1916, nouvel accès qui nécessite son hospitalisation à Meulan puis un internement à l'Asile d'Evreux. Elle est triste, ne peut se livrer à aucuns travaux, pleure, veut mourir parce qu'elle souffre trop de l'estomac et de la tête, croit qu'elle ne guérira jamais. Le certificat médical de l'internement mentionne une tentative de suicide. Elle mange difficilement et ne peut pas dormir.

Certificat immédiat 7 septembre 1916. — Mélancolie caractérisée par des troubles de la sensibilité générale, de la tristesse, des idées d'incurabilité, des craintes imaginaires, de la perte du goût au travail, avec impulsion au suicide et de l'insomnie.

21 septembre. — *Quinzaine.*

Mélancolie. Malade triste et déprimée, prétend qu'elle va mourir, qu'elle ne guérira jamais, a perdu l'appétit et le sommeil, se désespère de son état, se sent incapable de tout travail. Son émotivité est telle qu'elle présente des mouvements convulsifs des muscles de la face dès qu'on lui adresse la parole.

21 décembre 1916. — La malade sort de l'Asile, l'améliora-

tion étant très grande et la malade capable de reprendre ses occupations.

Deuxième internement, à l'Asile d'Evreux (18 mai 1924).

Le certificat médical porte : Mme Bea... est atteinte d'idées de suicide, d'idées de persécution nécessitant son admission, etc.

Renseignements complémentaires donnés par son gendre :

Depuis sa sortie en 1916 la malade était redevenue à peu près normale et pouvait s'occuper sans fatigue aux travaux du ménage. Elle paraissait seulement assez triste et déprimée par instants.

Mais ce n'est que depuis deux mois et demi que son état est redevenu grave. Ce qu'elle présente surtout, se sont des idées de suicide dont elle ne peut se défaire. Elle suppliait ses parents de la surveiller, et elle a demandé elle-même à rentrer à l'Asile. Elle voudrait surtout se jeter à l'eau et ne peut voir une rivière sans éprouver cette impulsion irrésistible. Elle se plaint beaucoup de l'estomac et de la tête ; elle mange très peu et il faut insister beaucoup pour lui faire absorber quelques aliments. Elle se plaint d'être incurable et répète souvent qu'elle ne peut plus dormir, qu'elle a perdu le sommeil.

« C'est un ennui que j'ai dans moi, dit-elle, je ne peux plus vivre comme ça !... C'est une faiblesse que j'ai dans la tête... je ne sais pas ce que c'est... je ne dors pas depuis au moins un mois... Ça m'étouffe dans la poitrine et dans la gorge, ça me serre dans l'estomac. Quand je veux manger ça ne veut pas passer... il me semble qu'il n'y a pas de place pour que ça passe. Je ne peux pas rassembler mes idées.

J'ai toujours du chagrin, je ne sais pourquoi, je n'ai pas de raison. Depuis que j'ai rendu le vers solitaire c'est pire ; c'est comme un vide dans la tête...

J'ai envie de me faire du mal... j'ai trop d'ennui... je veux mourir pour ne plus souffrir.

Mais je voudrais guérir... je voudrais chasser cette mauvaise pensée... »

Examen physique. — Amaigrissement.

Il n'y a pas de goître, quoique le cou paraisse à sa base un peu plus volumineux qu'il ne devrait l'être normalement.

Exophtalmie légère avec yeux très brillants et comme humectés par moments.

Pouls à 90 quand la malade est calme, mais dès qu'on la fait marcher un peu le pouls atteint 110 et même 120 ; l'accélération du cœur est déjà très appréciable dès qu'on lui adresse la parole où qu'on veut l'ausculter.

Tremblement très net et localisé aux mains et aux doigts : il augmente beaucoup dès qu'on interroge la malade.

Phénomènes vaso-moteurs très accentués. — Rougeur subite de la face dès qu'on s'approche d'elle ; cette rougeur est suivie de sueurs assez abondantes et la malade se plaint de sensation de chaleur à la face et d'étouffements pendant tout le temps qu'on reste auprès d'elle : son émotivité est telle qu'elle présente des mouvements convulsifs des muscles de la face dès qu'on lui parle, et parfois les larmes lui coulent sur les joues.

La malade fait remonter ces troubles vers l'époque de la cessation de ses menstruations.

Appareil digestif. — Vomissements de temps à autre, constipation.

Appareil urinaire. — Urines normales en quantité et en couleur. Très légère albuminurie. Pas de sucre.

Cœur. — Pas de souffles.

Appareil respiratoire. — Normal.

19 mai 1921. — *Certificat immédiat.*

Psychose périodique se traduisant actuellement par un accès de dépression mélancolique avec arrêt de la pensée, tristesse, anxiété diffuse sans délire bien caractérisé, désir de la mort, alimentation difficile. Déjà internée en 1906 pour un accès analogue.

3 juin 1921. — « Toujours de plus en plus triste, je suis perdue, je ne peux plus manger, ça m'étouffe ». Soupirs, gémissements. « Je ne peux pas rassembler mes idées. Je ne sais pas quoi faire de moi, je ne sais pas où aller ».

3 juin 1921. — *Quinzaine.*

Psychose périodique avec accès actuel de dépression mélancolique.

colique, ralentissement psychique, difficulté de l'évocation. Tristesse. Anxiété. Gémissements. Alimentation difficile.

18 août 1921. — On fait une injection hypodermique de thorium X.

25 août 1921. — Deuxième injection de thorium.

1^{er} septembre 1921. — Troisième injection de thorium.

Aucune modification notable ni dans l'état mental, ni dans l'état physique.

Observation III (*inédite*)

Mme D..., âgée actuellement de quarante-quatre ans.

Hérédité. — Inconnue.

Deux enfants en bonne santé.

Renseignements donnés par son mari. — Aucune maladie antérieure importante. A toujours été un peu nerveuse. Elle a toujours été bien réglée jusqu'au mois de septembre 1918 : la malade avait à cette époque quarante-deux ans. A partir de ce moment les menstruations deviennent tout à fait irrégulières, diminuent de quantité et de durée et cessent complètement peu de temps après. Pendant toute cette période la malade sent un léger malaise ; elle répète à tout le monde qu'elle va tomber malade. Elle ne sort plus, a des idées bizarres, craint de dire du mal des gens et de leur faire arriver des ennuis, veut se jeter par la fenêtre et se sauver. On la met dans des draps mouillés pendant quinze jours. Elle redevient calme, sans cesser cependant de se plaindre d'être faible, mal fichue, de n'avoir de goût à rien.

Dans le milieu de juillet 1919 le mari d'une de ses bonnes amies quitte subitement sa femme, qui l'aimait beaucoup. Cela la frappe, elle a peur que le même sort lui soit réservé. Depuis ce moment elle a peur de tout, peur qu'on fasse du mal à ses enfants, peur qu'on la mette dans une chaudière et qu'on la fasse bouillir, peur de dire du mal des gens. Cette peur la pousse à courir devant elle, sans but, dans la campagne. Ces

troubles s'accroissant de plus en plus, son mari décide de la mettre à l'Asile d'Evreux.

Certificat immédiat 23 juillet 1919. — Mélancolie caractérisée par des craintes délirantes avec frayeurs imaginaires, des idées hypocondriaques, de la tristesse avec des moments d'anxiété, de l'insomnie.

5 août 1919. — *Quinzaine.*

Mélancolie.

La malade est triste, déprimée, manifeste des craintes délirantes, a peur qu'on lui fasse du mal, qu'on la mette dans un cachot et qu'on l'y abandonne.

Elle pleure dès qu'on lui adresse la parole.

Elle s'alimente difficilement, dort à peine, présente des cauchemars nocturnes.

13 janvier 1920. — Douleur morale accentuée, avec anxiété, idées de ruine et de culpabilité, pleure toute la journée. Est sortie plusieurs fois avec son mari, mais semble les jours suivants encore plus déprimée, ne s'occupe pas. Mélancolie.

19 avril 1920. — Se trouve dans un état mental pouvant permettre l'autorisation d'un congé à titre d'essai.

La malade reste chez elle jusqu'au 10 juin 1920, date à laquelle elle est ramenée par son mari.

Renseignements complémentaires donnés par son mari. — Il y a trois ou quatre jours, elle fut prise la nuit, de peur. S'il y a des coqs qui chantent ou des chiens qui aboient elle se figure que ce sont ses enfants qui crient et qu'on leur fait du mal. Le sifflet du chemin de fer représente pour elle des cris d'un être humain qui souffre. Elle n'a d'idée à rien faire, ne s'occupe nullement, pleure tout le temps et s'accuse de faire du mal à tous ceux qui l'entourent.

15 février 1921. — Même état mélancolique, pleure continuellement, se figure que son mari est tué dans un accident, que ses enfants ont disparu, que sa maison est perdue, que tout est fini, idées d'indignité, de culpabilité, s'arrache les cheveux, crie, gémit la nuit. Excellent état physique. Embonpoint. Gâtisme intermittent.

Examen physique. — Cheveux arrachés en grande partie. Embonpoint léger.

Il n'y a pas de goitre : cou peut-être un peu gros.

Exophtalmie très légère ; mais *yeux extrêmement brillants*.

Tachycardie. — 100 à 110, allant jusqu'à 120 quand on adresse la parole à la malade. *Eréthisme cardiaque* : les palpitations cardiaques sont fortes et les battements de la pointe sont très visibles dans le cinquième espace intercostal.

Tremblement assez accentué surtout localisé à la tête et visible en regardant les cheveux.

Mais ce qui domine surtout c'est l'*émotivité extraordinaire* : dès qu'on parle à la malade, la face rougit, la sueur apparaît sur toute la figure, les larmes coulent des yeux, le tremblement augmente et l'état anxieux atteint son maximum, les lamentations recommencent de plus belle et la malade s'arracherait les cheveux si on ne retenait sa main.

Appareil digestif : Appétit assez bon ; digestion normale.

Appareil urinaire : Normal, ni albumine, ni sucre.

Cœur : Pas de souffle.

Appareil respiratoire : normal.

Observation IV (inédite)

Mme Al..., âgée actuellement de 54 ans.

Hérédité : Mère morte d'un cancer de l'utérus. Père mort d'une rétention d'urine. Deux fils mariés et bien portants. Un fils mort à 3 mois de la coqueluche.

Pas d'antécédents personnels. Mariée à 19 ans.

Renseignements donnés par son mari le 3 septembre 1920. Elle lisait beaucoup, surtout des romans. Elle allait trop souvent à la messe. Elle ne buvait pas. Depuis quelques mois ses menstruations étaient devenues très peu abondantes et surtout tout à fait irrégulières. Elles ont cessé complètement au mois de juin 1920.

En même temps que ces troubles des règles, apparaissait un

changement de caractère inquiétant. Elle paraissait sombre, se plaignait de vols soi-disant commis par des domestiques (blé, avoine, trèfle).

Il y trois semaines, elle dit à son mari qui rentrait : « Je m'étonne de te voir, le facteur vient de m'annoncer que tu étais écrasé. J'ai une tante qui est une vache, elle a fait un complot contre moi ». Il y a quinze jours elle profite d'une absence de son mari pour aller porter argent et bijoux à la gendarmerie disant que son mari venait d'être tué par des bandits et qu'elle-même n'osait plus rentrer. On la retrouva quelques instants plus tard près d'un cimetière au pied d'un crucifix. Hier matin elle voulait aller à la messe à 4 h. 1/2 disant qu'elle voulait se préparer à mourir religieusement.

La malade entre à l'Asile d'Evreux le 3 septembre 1920.

Certificat immédiat : 4 septembre 1920.

Mélancolie anxieuse. Idées délirantes de culpabilité, de ruine, de damnation et de persécution basées sur des interprétations.

Anxiété, lamentation ; préoccupations hypocondriaques, douleur morale, insomnie, n'est plus réglée depuis juin 1920.

Elle s'imagine être sur le point de mourir et a déjà commandé un enterrement religieux, prenant sur elle la moitié des péchés de son mari ; elle se croit une grande coupable et accuse ses voisins de lui voler ses biens en complotant avec le facteur et le curé de la localité.

18 septembre 1920. — *Quinzaine.*

Mélancolie anxieuse caractérisée par des idées délirantes de culpabilité, de damnation, de remords. Douleur morale. Anxiété, pleurs, lamentations et agitation motrice.

Se lève continuellement et s'oppose à tout traitement.

21 avril 1921. — Même état de mélancolie anxieuse. Idées de culpabilité, de damnation. Mal orientée dans le temps et dans l'espace. Était persuadée il y a quelques jours que c'était Pâques. Ne veut pas admettre quand on lui montre le calendrier.

23 décembre 1921. — Ne veut plus rester dans la salle au moment de la visite, se sauve dans la cour et se met à genoux plusieurs fois de suite en poussant des gémissements des heures

entières. Quand lui demande pourquoi elle agit ainsi, elle répond en se lamentant : Ah ! j'ai tellement fait de mal.

Examen physique. — Embonpoint léger. Figure contractée comme si la malade était en proie à une grande souffrance. Le cou est gros à la base et la malade ne boutonne pas le col de son corsage disant : ça m'étouffe ; pas de goitre apparent, yeux brillants, sans exophtalmie.

Tremblement accentué, surtout aux doigts.

Tachycardie importante, 100 à 110 et surtout instabilité. Sous l'influence de la plus petite émotion le pouls passe brusquement de 100 à 120 et même plus.

Troubles vaso-moteurs remarquables. Rougeurs brusques et persistantes de la face quand on s'approche de la malade qui dit elle-même qu'elle a la figure congestionnée ; puis bientôt apparaissent de nombreuses gouttelettes de sueur qui grossissent à vu d'œil et se réunissent.

Le tremblement augmente en même temps, ainsi que l'état anxieux.

Appareil digestif. — Constipation.

Appareil urinaire : Normal, ni sucre, ni albumine. Rien à l'auscultation du cœur.

Appareil respiratoire normal.

Observation V (inédite).

Mme Mat..., âgée actuellement de cinquante-trois ans, a été amenée à l'Asile d'Evreux par des agents de police parce qu'elle causait du scandale public.

On n'a aucun renseignement sur sa famille.

D'après les quelques explications qu'elle peut donner la maladie aurait débuté en mai-juin 1920 assez brusquement et aurait coïncidé avec les premières suppressions de règles ; en tout cas, elle n'a pas été réglée depuis son arrivée à l'asile, où elle est entrée le 1^{er} juillet 1920.

2 juillet 1920. — Depuis son entrée à l'asile, n'a fait que

pleurer, gémir, se lamenter, prétendant qu'elle est ruinée, damnée, coupable de toutes les fautes...

Des flammes la dévorent, la brûlent, nuit et jour elle est en enfer et vouée aux supplices les plus horribles. Elle n'a plus de corps et sa tête, son estomac, son cœur n'existent plus depuis longtemps. Insomnie. Céphalée. Pas d'hallucinations.

Certificat immédiat. — Mélancolie avec idées délirantes de ruine, de culpabilité, de damnation, de négation. Anxiété. Pleurs. Gémissements.

15 juillet 1920. — *Quinzaine.*

Mélancolie avec idées délirantes de damnation, de suicide, de culpabilité, de négation. Anxiété, douleur morale avec lamentation; céphalée.

10 mars 1921. — Même état mélancolique. Pleurs, gémissements. Anxiété. Idées de damnation. Elle se figure en enfer sur la terre. « Je brûle tout le temps, je n'ai plus de corps, je ne vis plus... On m'a retiré mon corps quand je suis arrivée ici. A la chapelle, je retrouve parfois mon corps; mais je le perds en sortant. Je ne mourrai plus... je dois toujours souffrir et je ne verrai jamais le bon Dieu, puisque pour le voir il faut mourir. Ma tête se repose au lit. »

Examen physique. — Face contractée, douloureuse. *Hyper-trophie en masse de la région thyroïdienne. Exophtalmie importante. Tachycardie manifeste : 95 pulsations au repos* dès que la malade marche un peu ou même quand ses lamentations augmentent pendant l'interrogatoire le pouls monte jusqu'à 110.

Le tremblement est difficilement appréciable de même que les troubles vaso-moteurs, la malade pleurant et gémissant avant et pendant l'examen, sa face est déjà congestionnée et on ne peut pas remarquer les variations.

Appareil digestif normal, ainsi que *l'appareil urinaire et respiratoire*. Pas de souffle à l'auscultation du cœur.

Observation VI (inédite).

Mme Gr..., actuellement âgée de 60 ans...

Hérédité. — Mère décédée à l'Asile. Mari également mort à l'Asile. Fille bien portante.

Ménopause commencée à 50 ans ; mais la malade a eu encore plusieurs fois ses règles et l'an dernier elle eut encore quelques écoulements sanguins qui présentèrent les mêmes caractères que ses menstruations normales. *Ces écoulements cessèrent définitivement l'an dernier, il y a environ dix mois. C'est vers cette époque que son caractère parut changer.*

Elle dut renvoyer un charretier et pour ce motif futile se montra fort inquiète, disant : je lui ai fait des sottises, pourvu qu'il ne se venge pas ; elle devient encore plus inquiète après la vente de quelques-unes des terres qu'elle possédait. Elle se montre très émotive ; insomnies, céphalées occipitales, s'énervait pour des motifs futiles, menaçait de s'enfuir si on corrigeait ses petits enfants devant elle : « C'est les nerfs qui se croisaient ? » Il y a environ huit mois elle se dirigea vers une rivière dans le but probable de s'y précipiter et depuis elle chercha plusieurs fois à se jeter dans un puits, elle prépara même une corde pour se pendre : Mais elle ne parle pas de ces tentatives ; elle dit avoir été poussée par une idée fixe ; elle manifeste des regrets de ces tentations ; se plaint de maux de tête intolérables. « Ça lui bout sur le dessus de la tête. Elle se montre inquiète » : on va venir la chercher, les gens la regardent ; on lui veut du mal ; mémoire très déficiente sur certains points. S'alimente bien, souvent constipée.

Quand on lui demande pourquoi elle voulait se tuer, elle dit : « J'avais des énervements, j'étais tourmentée, il me semblait toujours qu'il allait m'arriver quelque chose. Je ne sais quoi... » Elle prétend que la mort de son mari survenu il y a environ deux ans a contribué à développer ses idées noires.

« Je suis toujours triste, toujours inquiète. »

Mémoire peu précise, orientation dans le temps peu satis-

faisante; elle est incapable de préciser l'année de l'arrivée de son mari à l'Asile, la durée de sa séparation.

Certificat immédiat 19 novembre 1921. — Mélancolie. Tristesse, agitation anxieuse, inquiétude diffuse sans idées délirantes systématisées. Ralentissement psychique ; difficulté d'évocation des souvenirs. Aurait présenté des idées de suicide.

Examen physique. — Corps plutôt amaigri.

Au menton et à la lèvre supérieure on remarque de nombreux poils donnant à la malade un caractère masculin.

Goitre du volume d'un œuf de pigeon situé à la partie médiane, assez mobile, possédant une consistance rénitente.

Exophtalmie légère avec yeux brillants. Tachycardie très marquée surtout pendant les examens et les interrogatoires.

Tremblement léger.

Emotivité très grande : elle est inquiète, se remue continuellement sur la chaise, rougit et pâlit tour à tour pendant qu'on l'interroge ; à la fin de l'examen elle est couverte de sueur et se met à pleurer.

Appareil digestif normal.

Appareil urinaire. — Rien à signaler.

Appareil respiratoire normal.

Rien à l'auscultation du cœur.

CHAPITRE IV

ESQUISSE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Reprenons les traits essentiels de nos observations : Dans la première, avec un état mélancolique on note principalement des idées de suicide, des idées de culpabilité et au point de vue physique : un peu d'obésité, des poils au visage, un goitre nettement visible, de la tachycardie avec exophtalmie légère.

Chez notre deuxième malade nous trouvons également des idées de suicide, de l'insomnie, une anxiété très grande, de l'amaigrissement, de l'exophtalmie, de la tachycardie, des troubles vaso-moteurs très accentués avec sensation de chaleur au visage.

Chez la troisième, ce sont encore des idées de suicide, de l'auto-accusation, une anxiété extrêmement vive ; il n'y a pas de goitre appréciable ; mais une tachycardie extrêmement forte, un tremblement accentué, une émotivité extraordinaire avec troubles vaso-moteurs très nets.

Notre quatrième malade a surtout du délire mystique, mais également des idées de culpabilité, pas d'idées de suicide ; au point de vue physique embonpoint léger, pas de goitre apparent ; mais tremblement accentué et tachycardie importante, des troubles vaso-moteurs remarquables.

Quant à la cinquième ce sont surtout des idées de damnation, d'immortalité, des idées mystiques, pas d'idées de suicide, mais anxiété très accentuée et au point de vue physique, très grande hypertrophie thyroïdienne, exophtalmie importante, tachycardie manifeste.

Chez la sixième nous retrouvons encore des idées de suicide, une grande anxiété et au point de vue physique : goitre très apparent, exophtalmie, tachycardie, troubles vaso-moteurs importants.

Chez toutes ces malades c'est au moment où les menstruations se faisaient moins nombreuses et moins abondantes ou bien cessaient complètement qu'ont apparu, en même temps qu'un goitre ou d'autres signes de basedovisme, les troubles mentaux que nous avons signalés.

Quelle est la part qui revient à l'insuffisance ovarienne ? Jayle, Rémond et Voivenel, Claude et Gougerot, Laignel-Lavastine sont d'accord, avec nombre d'autres auteurs, pour reconnaître qu'au point de vue physique les signes qu'on doit rapporter à l'insuffisance de la sécrétion ovarienne sont surtout : apparition des poils au menton et à la lèvre supérieure (comme dans les obs. I et VI) ; obésité plus ou moins accentuée (obs. I et IV) ; les migraines, les céphalées (*chez presque toutes les malades*), et au point de vue nerveux une asthénie assez accentuée. En ce qui concerne les troubles psychiques, Régis, Laignel-Lavastine, Gilbert-Ballet, Trenel et Capgras, Rémond et Voivenel reconnaissent que le plus souvent on a affaire à la mélancolie ; mais cette mélancolie est souvent accompagnée de stupeur, de dépression physique et psychique, de ralentissement intellectuel ; de plus pour eux il y a très souvent du délire érotique ou du délire mystique et des hallucinations sensorielles. Or, dans ces observations, aucune de nos malades ne présentent d'idées érotiques ; deux d'entre elles seulement (obs. IV et V) présentent du délire mystique, aucune n'a d'hallucinations.

Quels sont d'autre part les signes physiques qu'on peut rattacher à l'hyperfonctionnement du corps thyroïde ? Pour Lévi et de Rothschild, Alquier, Gley, Parhon et Goldstein, H. Claude, c'est d'abord l'hypertrophie du corps thyroïde (que nous rencontrons dans les obs. I, V et VI) ; la tachycardie (qui ne manque chez aucune de nos malades) ; le tremblement (que nous remarquons surtout dans

les obs. II, III, IV) ; l'exophtalmie (qui est nettement apparente chez notre 2^e malade, la 5^e et la 6^e) ; les troubles vaso-moteurs (qui sont extrêmement importants dans les obs. II, III, IV, VI).

Plusieurs de nos malades réunissent les signes les plus importants du basedowisme, beaucoup n'ont pas de goitre, d'autres n'ont pas de tremblement nettement appréciable, mais toutes ont de la tachycardie et des troubles vaso-moteurs.

Or, on sait actuellement et presque tous les auteurs partagent cette opinion qu'il n'est pas nécessaire de trouver réunis sur un malade les 4 signes cardinaux classiques pour parler de basedowisme.

Lévi et de Rothschild, Alquier, Gley, Parhon et Goldstein et surtout Sollier et Chartier considèrent que la tachycardie et surtout l'instabilité du cœur, les troubles vaso-moteurs importants et siégeant principalement à la face et l'émotivité exagérée peuvent faire poser le diagnostic de basedowisme ou plutôt d'hypertyroïdisme, et si ces signes coexistent avec des symptômes d'insuffisance d'une autre glande telle que l'ovaire, on peut affirmer l'hyperfonctionnement thyroïdien de compensation.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que ce qui domine surtout dans les psychoses des basedowiennes c'est l'impressionnabilité, l'inquiétude exagérée, l'angoisse précordiale, les sensations d'étouffement. Ballet, Savage, Renaut sont d'accord pour dire que les malades ont besoin de mouvement, se déplacent sans cesse, ont une sensation de chaleur présentant des paroxysmes extrêmement pénibles. Pour Devay la maladie de Basedow étant une névrose d'angoisse, a une tendance toute naturelle à produire l'anxiété.

Ainsi chez toutes nos malades nous croyons avoir mis suffisamment en évidence la coexistence d'insuffisance ovarienne, d'hyperthyroïdisme et de mélancolie.

Sans nous lancer dans des hypothèses hasardeuses, il

semble bien qu'on puisse cependant tenter un essai de pathogénie.

Les malades dont nous avons rapporté les observations sont tout d'abord des insuffisantes ovariennes. Cette insuffisance ovarienne entraîne secondairement, ainsi que c'est presque la règle, une hyperthyroïdie de compensation. Viciation des processus ovariens et thyroïdiens provoque elle-même la production de sécrétions pathologiques (*chemical messengers*), encore mal connus mais dont les recherches récentes ont montré toute l'importance sur le fonctionnement du système sympathique et du système pneumogastrique. Ces appareils à leur tour réagissent par des troubles de la vie organo-végétative (bouffées de chaleur, sueurs, palpitations), et modifient profondément la cénesthésie en produisant une sensation subjective d'insécurité et d'angoisse. Or, nous savons depuis longtemps que la mélancolie est une maladie de la cénesthésie et nombre d'auteurs, Masselon en particulier, ont montré la genèse psychologique de tous les symptômes mélancoliques en partant de cette sensation d'insécurité et d'angoisse.

La mélancolie n'est qu'un syndrome et beaucoup de causes sans doute peuvent la produire, mais cependant la question commence à s'éclaircir à mesure qu'on connaît mieux la bio-chimie physiologique.

La mélancolie d'origine thyro-ovarienne nous paraît en tout cas n'être pas qu'une hypothèse.

CONCLUSIONS

1° Chez ces malades présentant un syndrome mélancolique typique que nous avons étudié, nous avons facilement mis en évidence des symptômes caractéristiques d'insuffisance ovarienne et d'hyperfonctionnement thyroïdien de compensation ;

2° Ces troubles endocriniens agissant par l'intermédiaire du système vago-sympathique sont à l'origine des troubles de la cénesthésie, qui conditionnent psychologiquement les symptômes de la mélancolie.

3° La mélancolie chez les femmes est donc fréquemment d'origine thyro-ovarienne.

Vu : le président de la thèse
M. LETULLE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Alamartine. — La Sécrétion interne de l'ovaire. Le corps jaune et la glande interstitielle (*Gazette des hôpitaux*, 1908).
- Alquier. — Trente cas de basedowisme fruste ou névrose vasomotrice (*Revue neurologique*, juin 1913 et mars 1914).
- Asher et de Rodt. — A propos des sécrétions internes (*Société Suisse de Neurologie*, nov. 1911).
- Austregésilo. — Syndrome pluriglandulaire endocrinique (*Archivos Brasileiros de Psiquiatria e Medicina legal*).
- Austregésilo, Pinheiro et Marquès. — Sur un cas de syndrome pluriglandulaire endocrinique (*Encéphale*, an VIII, févr. 1913).
- Gilbert-Ballet. — La mélancolie (*Bulletin médical*, janvier 1911).
- Battez. — Au sujet de l'association fonctionnelle entre la glande thyroïde et l'ovaire (*Echo médical du Nord*, mai 1913).
- Bruant. — De la mélancolie survenant à la ménopause. Thèse 1888.
- Carrier. — Troubles mentaux et maladie de Basedow (*Encéphale*, 1908).
- Capgras. — Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile, 1890.
- Claude (H.). — Discussion au Congrès de Dijon en 1908 sur les glandes à sécrétion interne.
- Claude (H.) et Gougerot. — Syndrome d'insuffisance pluri-glandulaire. Leur place en nosographie. *Revue de médecine*, octobre et novembre 1908.
- Claude et Gougerot. — L'insuffisance pluri-glandulaire totale tardive et les syndromes pluri-glandulaires. *Encéphale*, an VIII, août 1913.
- Claude et Schmerger. — Etude de dix-sept cas d'épilepsie au point de vue de l'état des glandes de sécrétion interne. Congrès de Dijon, 1908.
- Charpentier et Courbon. — Maladie de Basedow et psychose maniaque dépressive (*Société Médico-psychologique*, novembre 1907).

- Cordova. — Les troubles psychiques liés aux altérations des glandes à sécrétion interne (*Archives de Psiquitria y Criminalogia*, Buenos-Ayres, 1908).
- Dalché. — Dystrophie ovarienne. Syndrome Basedowiforme. Pseudo-Myxœdème (Société médicale des hôpitaux, novembre 1901).
- Dalché. — Quelques accidents généraux de la vie génitale de la femme. Leurs rapports avec les dystrophies poly-glandulaires. Pathogénie. Traitement (*Gazette des Hôpitaux*, avril 1912).
- Dalmas. — Troubles psychiques dans le goitre exophtalmique. Thèse de Paris, 1909.
- Debove. — Hystérie développée chez une femme ovariectomisée (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1892).
- Delaunay. — Traitement de la maladie de Basedow par l'ovarine (*Presse médicale*, janvier 1899).
- Deny et Charpentier. — Obsession et psychose maniaque dépressive (*Encéphale* de 1909).
- Deny et Merklen. — Goitre exophtalmique et psychose maniaque dépressive (*Revue neurologique*, 1909).
- Delmas. — Accès subintrants de confusion mentale au cours d'un goitre exophtalmique. Hémithyroïdectomie. Guérison des troubles mentaux (*Revue neurologique*, 1910).
- Devay. — Goitre oxophtalmique avec mélancolie anxieuse guéri par l'opothérapie thyroïdienne. Société médicale de Lyon, 1897.
- Dromart et Levassort. — Dégénérescence mentale et maladie de Basedow (*Archives de Neurologie*), janvier 1906.
- Dupré et Pagniez. — Infantilisme dégénératif compliqué de dystrophie pubérale. *Iconographie de la Salpêtrière*, 1902.
- Gallois et Beauvois. — L'état mental des ovariectomisées. *Bulletin Médical*, juillet 1898.
- Gausсен. — La mélancolie présénile. Etude psychologique et clinique (Thèse de Bordeaux, 1911).
- Gauthier. — Les médications thyroïdiennes. Paris, 1902.
- Geach. — Cas d'affection mentale traité par l'extrait ovarien (*British med. journ.*, juin 1904).
- Gley. — Les relations actuelles entre la physiologie et la pathologie de la glande thyroïde.
- Physiologie pathologique du myxœdème (*Revue générale des Sciences*, janvier 1898).
- A propos des phénomènes dits d'hyperthyroïdie et d'hypothyroïdie (Société de biologie, juin 1907).

- Exposé des données expérimentales sur les corrélations fonctionnelles chez les animaux (*L'année biologique* an 1895).
- Gorat. — Influence de la Ménopause sur le développement de la folie (Thèse 1892).
- Gorrieri. — Contribution à l'anatomie pathologique des glandes à sécrétion interne dans quelques formes de maladies mentales (*Revista sperimentale di Frenatria*, juin 1913).
- Groom. — Goitre exophtalmique dans ses rapports avec l'obstétrique et la gynécologie (*Edinburg medical Journal*, mai 1907).
- Guimbail. — De la Ménopause à la folie. Thèse de Paris, 1894.
- Jardry. — La Sécrétion interne de l'ovaire. Synergie thyro-ovarienne (Thèse de Paris, 1907).
- Jayle. — Insuffisance ovarienne (*Presse médicale*, 1900).
- Opothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme (*Presse médicale*, 1896).
- Effets physiologiques de la castration chez la femme (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1897).
- L'opothérapie ovarienne (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903).
- Joffroy. — Rapport de la folie et du goitre exophtalmique (*Annales de la Société médico-psychologique*, mars 1890).
- Troubles psychiques et hallucinations dans la maladie de Basedow (*Société médicale des hôpitaux*, avril 1890).
- Jouin. — De l'hystothérapie appliquée à la maladie de Basedow et aux troubles fonctionnels du système génital féminin et particulièrement de la médication par le traitement ovarien (*Revue de Psychiatrie*, 1896).
- César Juarros. — Troubles mentaux dans la maladie de Basedow (*La Clinica moderna. Revista di Medicina y Cirurgia Zaragoza*, 1908).
- Gonzalo R. Lafora. — Folie maniaque dépressive et Hyperthyroïdisme (*Revista Clinica di Madrid*, octobre 1913).
- Laignel-Lavastine. — Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne (*Rapport au Congrès des Aliénistes*, Dijon, août 1908).
- Sécrétions internes et psychoses (*Presse médicale*, août, 1908).
- La Corrélation des glandes à sécrétion interne et leurs syndromes pluriglandulaires (*Gazette des hôpitaux*, 1908).
- Les troubles glandulaires dans les syndromes neuro-psychiques (*Tribune médicale*, septembre 1908).
- Laignel-Lavastine. — Troubles des glandes à sécrétion interne chez les mélancoliques (*Revue de psychiatrie*, octobre 1908).

- Lambert. — Sur l'action des extraits de corps jaune de l'ovaire (*Société de biologie*, janvier 1907).
- Land. — Troubles psychiques et états psychopathiques en rapport avec les règles, la grossesse et les couches (*L'Accoucherka*, 1908).
- Landry (Mlle) et Camus. — Psychose maniaque dépressive et maladie de Basedow, (*Société médico-psychologique* (novembre 1907).
- Latarjet. — Psychoses d'origine tyroïdienne et leur traitement chirurgical (*Congrès pour l'avancement des Sciences*, Grenoble, 1904).
- Leeper. — Mélancolie (*Journal of Mental Science*, avril 1908).
- Lévi (Léopold). — Troubles vaso-moteurs, vaso-sécrétoires et trophiques et glandes endocrines (*Journal des Praticiens* août 1910).
- Lévi (L.) et de Rothschild (H.). — Etudes sur la physio-pathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse (O. Doin, édit., 1918).
- Maladie de Basedow, nervosisme, hyperthyroïdie (*Société de Biologie*, juin 1909).
- Hyperthyroïdie compensatrice et réactionnelle (*Société de Biologie*, décembre 1908).
- Des syndromes psycho-nerveux thyroïdiens (*Congrès de Dijon*, août 1908).
- Troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne (*Revue d'hygiène et de médecine infantiles*, 1908).
- Lereboullet et Harvier. — Sympathique et glandes endocrines, in *Traité de Pathologie médicale de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix*.
- Léri (A.) et Foley. — Les ferments d'Abderhalden dans la maladie de Basedow (*Séance de la Société de Neurologie de Paris*, 1914).
- Margoliès. — Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme (*Etude pathogénique* Thèse de Paris, 1898).
- Marinesco. — La nature toxique de la mélancolie anxieuse (*Société roumaine de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1907).
- Martin. — Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie. Thèse de Paris, 1911.
- Mathieu. — Goitre exophtalmique consécutif à l'ablation des ovaires (*Gazette des hôpitaux*, juin 1890).
- Mauclair. — L'insuffisance ovarienne (*Journal des Praticiens*, 1904).

- Moreau. — De l'opothérapie ovarienne dans la maladie de Basedow chez la femme. Thèse de 1899.
- Ocana. — Association fonctionnelle entre la thyroïde et le testicule ou l'ovaire (*Intermédiaire des biologistes et des médecins*, 1899).
- Parhon. — Un cas de mélancolie avec hypertrophie thyroïdienne succédant à la ménopause (*Revue Neurologique*, 1906).
- Parhon et Goldstein. — L'influence de la castration sur le corps thyroïde (*Spitalul*, 1906).
- Antagonisme des fonctions de l'ovaire et de la thyroïde (*Archives générales de médecine*, n° 3).
- Les sécrétions internes, pathologie et physiologie (Maloine, édit. Paris, 1909).
- Parhon et Marbé. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans la maladie de Basedow (*Encéphale*, 1906).
- Perrin et Blum. — Maladie de Basedow consécutive à l'ablation des ovaires (*Société de Médecine de Nancy*, octobre 1905).
- Peter (K.) Olitsky. — Aménorrhée due à l'insuffisance ovarienne (*Médical Record*, septembre 1912).
- Piqué et Briand. — Des psychoses post-opératoires. Du rôle que la nature de l'opération chirurgicale peut jouer dans leur production (*Annales médico-psychologiques*, 1898).
- Pinard. — Goître exophtalmique dans ses rapports avec la fonction de reproduction chez la femme (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1909).
- Raymond. — Maladie de Basedow et folie chez une jeune fille de 19 ans (*Bulletin médical*, mai 1902).
- Régis. — Précis de Psychiatrie.
- Régis et Chevallier-Lavaure. — Les auto-intoxications dans les maladies mentales (*Congrès des Aliénistes*, La Rochelle, 1893).
- Régis. — Quatre cas de folie consécutive à une ovariosalpingectomie (*Société de médecine de Bordeaux*, 1893).
- Rémond et Voivenel. — Le syndrome ménopausique (*Encéphale*, 1911).
- Ramadier et Marchand. — La glande thyroïde chez les aliénés (*Encéphale*, 1908).
- Rodiet et Masselon. — Quelques considérations sur l'étiologie de la mélancolie et sur la place de cette affection dans le cadre nosographique (*Encéphale*, 1911).
- Renon et Delille. — De l'utilité d'associer les médications opothérapiques (*Société de Thérapeutique*, juin 1907).

- Sainton. — Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne (*Encéphale*, 1906).
- Savage. — Trois observations de goitre exophtalmique avec aliénation mentale (*Grey's Hospital Reports*, 1882).
- Sollier et Chartier. — L'opothérapie ovarienne dans certains troubles mentaux (*Congrès de Dijon*, 1908).
- Taubmann. — Les états psychiques morbides et les vésanies dans la maladie de Basedow (*Thèse*, 1902).
- Theilhabe. — Rapports de la maladie de Basedow avec les modifications de l'appareil génital (*Revue des Sciences médicales*, 1896).
- Tollemer. — Hypothyroïdie ou dystrophie ovarienne (*Société de Pédiatrie*, juin 1905).
- Vinay. — La ménopause (*Léauté*, 1908).
- Ménopause chez les thyroïdiennes (*Bulletin médical*, août 1907).
- Zalla (Mario). — Contribution à l'anatomie pathologique de la glande thyroïde et de l'hypophyse dans quelques maladies mentales (*Encéphale*, 1909).

